様式１

診　察　不　要　通　知　書

 　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　 　様

　　 広島県　　　　保健所長

　　　年　　　月　　　日付で 申請・通報・届出 のあった次の者については，次

の理由により診察の必要がないものと認められます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  本　　人 | 氏　　名年　　月　　日 |   |    　 年　 　月　 　日 |  |
|  | 　　　　　　（ 男 ・ 女 ） |
| 住　　所 |   |
|  理　　由 |   |